

La prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile



Un défi à contre-courant des visions migratoires et thérapeutiques

Février 2024


CIRÉ

Introduction - contextualisation	3
Un projet pilote d'accompagnement rapproché et des collaborations innovantes : le projet Parsame	4
Un public cible à définir	4
Trajets d'accueil	5
Partenaires	6
Financement du projet	7
Mise en œuvre du projet : des ajustements nécessaires	7
La relative mise en autonomie des résident·es	7
La nécessaire cohabitation	9
L'accompagnement social au-delà de l'asile	10
L'accompagnement médical et psychologique	12
La prise en charge des assuétudes	13
Clôture du projet	14
Le non-renouvellement du projet	14
Données chiffrées	15
Forces et faiblesses du projet	18
Recommandations	20
Conclusion	21

Écrit par Mathilde Têcheur

Éditrice responsable : Sotieta Ngo - tous droits réservés - CIRÉ asbl 2024 - cire.be

INTRODUCTION - CONTEXTUALISATION

Parmi les personnes qui introduisent une demande de protection internationale en Belgique, nombreuses sont celles qui souffrent de problèmes psychologiques, psychiatriques et/ou d'assuétudes. Ces souffrances sont provoquées ou ont été amplifiées par le parcours d'exil. De nombreux·ses demandeur·euses de protection présentent notamment des troubles de stress post-traumatique, pouvant, dans les cas les plus sévères et sans prise en charge adéquate, évoluer en psychose très profonde, avec une mise en danger de la personne et de son environnement.

Dans ce contexte, le modèle d'accueil des demandeur·euses de protection internationale, qui privilégie l'accueil en structures collectives de grande capacité, laisse trop peu de place à l'autonomie individuelle. Et les lenteurs de la procédure contribuent également à la détérioration de l'état de santé mentale de ces personnes.

Les DPI en détresse sévère sur le plan de la santé mentale mobilisent l'attention des collaborateur·rices des centres, au détriment des autres résident·es. Les travailleur·euses du réseau sont, bien souvent, peu outillé·es pour accompagner adéquatement de tels profils requérant un encadrement psychosocial rapproché. Ce type de situations devient alors rapidement ingérable et justifie transfert disciplinaire sur transfert disciplinaire, éloignant encore davantage ces personnes d'un trajet de soin adapté.

UN PROJET PILOTE D'ACCOMPAGNEMENT RAPPROCHÉ ET DES COLLABORATIONS INNOVANTES : LE PROJET PARSAME

Le CIRÉ est partenaire de Fedasil et accueille déjà, à ce titre et en logement individuel, des DPI présentant des problèmes médicaux physiques ou de santé mentale. Les demandes fréquentes de l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile d'accueillir des demandeur-euses présentant des pathologies sévères de santé mentale dans les places médicales traditionnelles du CIRÉ nous ont poussé-es à proposer un projet d'accompagnement rapproché en santé mentale (ci-après « PARSaMe »), élaboré en collaboration avec plusieurs organisations membres du CIRÉ.

Le projet reposait sur deux axes : d'une part, un accompagnement psychosocial rapproché et, d'autre part, la mise en place de collaborations innovantes entre le secteur de l'accueil des demandeur-euses de protection internationale et celui de la santé mentale, disciplines communiquant trop rarement ensemble. Le projet avait ainsi pour ambition d'expérimenter une nouvelle forme de collaboration entre les acteur-rices en jeu et un type hybride d'accompagnement, mêlant suivi résidentiel et suivi ambulatoire du-de la patient-e au sein des places propres au projet.

Lorsqu'il s'agit de santé mentale, le centre d'accueil CARDA géré par la Croix-Rouge est fréquemment évoqué. PARSaMe s'en distinguait à plusieurs niveaux et était, en ce sens, novateur. Le projet proposait un accompagnement à moyen terme et non une sorte de « Time Out », comme CARDA. D'autre part, il permettait l'accompagnement en place individuelle là où CARDA offre un accompagnement au sein d'une structure collective de petite capacité, avant que le-la résident-e, une fois stabilisé-e, puisse réintégrer une structure d'accueil de taille plus importante.

UN PUBLIC CIBLE À DÉFINIR

Le projet s'adressait aux demandeur-euses de protection internationale majeur-es souffrant de problèmes psychologiques et psychiatriques graves, rendant inadapté un accueil en centre collectif : personnes souffrant de graves traumatismes liés à la vie au pays d'origine ou au trajet d'exil, schizophrènes, psychotiques, souffrant d'une grave dépression, ayant subi des viols ou un emprisonnement, etc.

En revanche, les personnes souffrant de psychopathie, d'autisme, de déficience intellectuelle, de démence, de problèmes comportementaux n'étaient pas visées par le projet. Cela concernait également les personnes présentant des addictions, bien que ces dernières soient, sur le plan médical, considérées comme souffrant d'un trouble psychiatrique.

De manière générale, l'identification des profils vulnérables incombait à Fedasil, soit directement depuis le centre d'arrivée, soit ultérieurement par l'intermédiaire des collaborateur-rices des structures du réseau d'accueil. Lorsqu'un besoin spécifique était identifié, il était alors possible d'introduire une demande de transfert vers une place adaptée. Cette demande était alors communiquée à la cellule médicale de la Région Sud, chargée de s'assurer de l'adéquation du profil de la personne concernée avec le projet. Une fois ce premier screening passé, la demande était alors adressée à la référente médicale du CIRÉ. Une première analyse avait lieu sur base du dossier transmis et ce n'était que si le projet semblait compatible avec les besoins du-de la résident-e qu'une rencontre était planifiée. Lors de cet entretien, le-la demandeur-euse rencontrait la coordinatrice du projet, la psychologue ainsi qu'une assistante sociale. Pour l'accueil en logement individuel, une condition essentielle était l'adhésion du-de la résident-e au projet, adhésion sans laquelle il n'était pas possible d'initier le travail d'accompagnement psycho-médicosocial. Il n'est en effet pas possible d'accompagner quelqu'un qui ne reconnaît pas sa maladie et/ou qui n'est pas en demande d'aide.

TRAJETS D'ACCUEIL

Le projet comportait dix places d'accueil organisées à Liège. Parmi ces dix places, sept étaient dites « ambulatoires », au sein de logements individuels loués sur le marché privé, et trois « résidentielles » au sein d'un hôpital psychiatrique, le Petit-Bourgogne.

Trois trajets d'accueil avaient été développés en fonction de l'état de santé du/de la bénéficiaire.

Un premier trajet (appelé trajet A) se composait d'une phase de stabilisation en structure hospitalière, suivie d'une phase de soins en ambulatoire. Ce trajet s'adressait aux DPI gravement malades. En fonction des disponibilités, l'hôpital psychiatrique pouvait accueillir jusqu'à trois DPI simultanément. L'objectif de cette phase était de mettre au point le traitement des résident-es et de stabiliser leur état psychologique. Cela permettait également de préparer leur arrivée au sein de la seconde phase, en logement individuel : réunions de concertation, recherche de la meilleure solution de soins après hospitalisation, réflexion autour du réseau à mobiliser, etc.

Durant cette phase de stabilisation, l'hôpital psychiatrique pouvait s'appuyer sur l'accompagnement social des travailleuses du projet afin d'être déchargé de l'organisation de l'interprétariat et des contraintes administratives qui y sont liées, et de bénéficier d'une meilleure compréhension des réalités migratoires.

S'ensuivait alors une phase de soins et d'accompagnement rapproché dès que l'hôpital l'estimait nécessaire. Durant cette deuxième phase, l'accent était mis sur le suivi social relatif à la demande de protection internationale avec une attention particulière aux besoins procéduraux spéciaux, ainsi que sur le suivi psychologique. L'accompagnement social rapproché ne devait cependant pas être confondu avec une présence 24h/24. Une assistante sociale rendait visite aux résident-es plusieurs fois par semaine et était joignable durant les heures de bureau. Aucune permanence n'était assurée le week-end. Le nombre d'assistant-es sociaux-ales prévu était plus conséquent que ce qui est habituellement prévu dans les normes d'accueil.

Enfin, l'équipe devait accompagner le-la résident-e à la sortie du projet, qu'il s'agisse d'une sortie consécutive à l'obtention d'un titre de séjour de plus de trois mois, ou parce que son état ne justifiait plus un accompagnement aussi rapproché. L'accueil proposé revêtait ainsi un caractère temporaire dès lors qu'une fois stabilisé-e, autonome et soutenu-e par un réseau de soins, le-la résident-e pouvait être transféré-e vers une place adaptée, sans pour autant qu'une limite d'accueil ne soit définie. Il n'était, par ailleurs, pas exclu que le-la résident-e réintègre la phase de stabilisation si son état venait à se dégrader.

Un deuxième trajet (trajet B) se composait uniquement d'une phase de soins et d'accompagnement. Le-la résident-e était ainsi immédiatement admis-e en logement individuel, sans passer par une phase d'hospitalisation préalable. En effet, toutes les demandeur-es de protection internationale souffrant de problématiques psychologiques ne doivent pas nécessairement être hospitalisé-es. L'accompagnement proposé par ce trajet était identique à celui de la deuxième phase du trajet A. Une hospitalisation pouvait également être nécessaire ultérieurement en raison d'une dégradation de l'état de santé du/de la résident-e.

Enfin, un dernier trajet (trajet C) prévoyait uniquement la phase de stabilisation du trajet A, au sein d'une des places prévues en hôpital psychiatrique, sans activation des phases ultérieures de soins et d'accompagnement. Plusieurs situations pouvaient en effet nécessiter de recourir au trajet C : inutilisation des places d'hospitalisation dans le cadre des trajets A et B, occupation de l'ensemble des places en logement individuel, inadéquation du profil avec impossibilité d'une mise en autonomie dès la sortie de l'hôpital. À l'issue de l'hospitalisation, en tenant compte des observations et des recommandations du personnel médical, le-la résident-e était alors transféré-e vers une place adaptée à ses besoins. Tout comme pour la phase 1 du trajet A, les travailleuses sociales du projet soutenaient le personnel médical via l'organisation de l'interprétariat et leur expertise en asile et migration.

PARTENAIRES

Le projet PARSaMe était le fruit d'une collaboration entre le CIRÉ, deux de ses organisations membres (Aide aux Personnes déplacées - « APD » et Cap Migrants), un service de santé mentale (Tabane) ainsi qu'un hôpital psychiatrique (ISoSL – le Petit Bourgogne). Depuis 2017, le CIRÉ est spécialisé dans l'accueil en places individuelles de DPI malades. Cette expérience lui a permis d'encadrer et de coordonner les différents acteur·rices dans la mise en place de PARSaMe et dans l'accompagnement des résident·es.

L'accompagnement social des résident·es était assuré par APD¹ et Cap Migrants², deux services sociaux généraux liégeois ayant une forte expérience avec le public migrant. Ces deux associations avaient précédemment collaboré, ou collaborent encore, avec le CIRÉ dans le cadre de la Convention avec Fedasil pour l'accueil de DPI vulnérables. Leurs connaissances approfondies de la matière leur ont permis d'assurer un suivi des demandes de protection internationale de résident·es présentant des besoins spécifiques. Au besoin, les travailleur·euses pouvaient bénéficier du soutien et des conseils du juriste du CIRÉ. Outre l'aspect procédural, leur mission était également de travailler en profondeur à la création et au maintien d'un réseau d'acteur·trices spécialisé·es autour de chaque résident·e, de manière à ce que celui-ci puisse être également mobilisé une fois la personne sortie du projet.

L'accompagnement psychologique ambulatoire des résident·es était assuré par le dispositif Tabane³, tandis que la prise en charge en milieu hospitalier était organisée au sein de l'hôpital psychiatrique le Petit-Bourgogne. Le dispositif Tabane est le résultat d'une étroite collaboration entre l'ASBL Tabane et le Club André Baillon, service de santé mentale qui dispose d'une équipe spécifique pour mener une action auprès des personnes migrantes et promouvoir la recherche en ethnopsychiatrie. Par ailleurs, Tabane était également chargée de l'organisation de formations et d'interventions à destination des collaborateur·rices du projet, afin de les soutenir dans cet accompagnement spécifique.

Le projet prévoyait un financement spécifique pour l'interprétariat. La langue est en effet une des premières barrières aux soins. Sans être en mesure de se comprendre, il est vain pour le-la thérapeute d'accompagner son-sa patient·e. Outre l'aspect psycho-médical, les assistant·es sociaux·ales devaient également pouvoir communiquer avec le-la résident·e pour préparer sa demande de protection internationale et l'accompagner dans les divers aspects de la vie quotidienne. Un partenariat privilégié était établi avec le service Univerbal de l'ASBL Le Monde des Possibles⁴, également membre du CIRÉ. Cette association dispose d'un service composé de natif·ves dans les langues proposées, formé·es à l'interprétariat en milieu social.

1 <https://www.aideauxpersonnesdeplacees.be/>

2 <https://capmigrants.be/>

3 <https://tabane.be/>

4 <https://www.possibles.org/univerbal/>

FINANCEMENT DU PROJET⁵

PARSaMe était un projet pilote cofinancé par Fedasil et le Fonds européen « Asile, Migration et Intégration (AMIF) » sur une durée déterminée, à savoir du 01/03/20 au 30/06/22.

Le coût total du projet avait été estimé à 448.989,74€. La subvention de l'AMIF s'élevait à 333.383,56€ et représentait 75% des coûts éligibles du projet. À cela s'ajoutaient 25% de cofinancement, pour un montant de 115.606,18€.

La subvention AMIF couvrait une partie des frais de salaires, à savoir 4/5 équivalent temps plein coordination du projet et un ETP assistant·e social·e. Le temps plein assistant·e social·e était réparti entre les deux services sociaux du projet et le mi-temps de Cap Migrants était réparti sur deux assistant·es sociaux·ales. À cela, s'ajoutaient des frais spécifiques au projet, tels que les frais d'interprétariat et les frais d'accompagnement psychologique (accompagnement intensif, dépassant ce qui est habituellement pris en charge par Fedasil).

L'autre partie des frais de salaire était couverte par le cofinancement. Il s'agissait d'1/2 ETP assistant·e social·e (APD) ainsi que des frais de salaire de l'équipe ADA du CIRÉ :

Coordination de la structure d'accueil : 20%

Référente médicale : 5%

Collaboratrice administrative : 8%

Juriste : 8%

MISE EN ŒUVRE DU PROJET : DES AJUSTEMENTS NÉCESSAIRES

Imaginé, pensé et construit de manière abstraite, le projet PARSaMe a ensuite été concrètement mis en œuvre. Confronter le modèle théorique à la réalité a permis d'identifier un certain nombre de besoins qui n'avaient pas été envisagés au départ, et de réaliser une série d'ajustements indispensables à la bonne conduite du projet. Cela a également alimenté nos réflexions dans l'hypothèse d'une prolongation du projet.

LA RELATIVE MISE EN AUTONOMIE DES RÉSIDENT·ES

L'accueil étant organisé en place individuelle, il était nécessaire que les personnes accueillies disposent d'un minimum d'autonomie afin de pouvoir assurer par elles-mêmes les différentes tâches de la vie quotidienne (se laver, se nourrir, nettoyer sa chambre, etc.), et de pouvoir se déplacer dans la ville.

Si cette exigence d'un certain degré d'autonomie était une évidence, son évaluation s'est avérée plus compliquée. Au cours de l'entretien d'admission, lorsqu'un trajet B était envisagé, plusieurs questions étaient posées au·à la candidat·e. L'équipe du projet demandait également que la personne soit accompagnée de son assistant·e social·e afin d'obtenir des informations plus précises. Pour plusieurs raisons, il est rapidement apparu que cela ne permettait pas d'avoir une vision des aptitudes et des capacités réelles de la personne.

Premièrement, le modèle privilégié par Fedasil est celui de l'accueil en structure collective, modèle qui, de facto, vient impacter négativement l'autonomie des DPI. À quelques exceptions près, il n'est pas possible pour ceux·celles-ci de faire leurs courses pour cuisiner leurs propres repas, ou de faire leurs lessives. Ensuite, lors des entretiens, notre équipe a souvent constaté que le·la demandeur·euse était accompagné·e non pas par son assistant·e social·e, mais d'un·e collaborateur·trice polyvalent·e du centre, qui ne le·la connaissait pas nécessairement. Ce·tte dernier·e n'était dès lors pas en mesure de fournir des précisions quant à l'autonomie du·de la demandeur·euse. Il convient également de souligner qu'il est difficilement possible de connaître individuellement la personne, dès lors que celle-ci se retrouve noyée parmi des centaines d'autres au sein de la structure collective. Enfin, la maladie mentale peut également impacter l'autonomie de la personne en souffrance, qui n'a pas peut-être encore pris conscience de l'amointrissement de ses facultés.

5 Voir arrêté ministériel du 7 janvier 2020 portant octroi d'une subvention à l'organisation « Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers (CIRÉ asbl) » pour couvrir une partie des frais relatifs à la réalisation du projet « Accompagnement rapproché en santé mentale » avec la référence AMIF45-13, dans le cadre du Fonds « Asile, migration et intégration ».

Lors de l'entretien d'admission, Monsieur B. est arrivé en compagnie d'un collaborateur de son centre. Ce dernier ne nous communique aucune information particulière, puisqu'ils ne se connaissent pas. Monsieur B. est âgé d'une vingtaine d'années et présente bien. Il est propre et semble avoir de nombreux centres d'intérêt, dont le sport. Il nous confirme savoir cuisiner et utiliser les transports en commun.

Une fois admis, à plusieurs reprises, Monsieur demande à son assistante sociale de l'accompagner au supermarché. Sur place, il semble perdu et demande ce qu'il doit acheter. Régulièrement, la nourriture de Monsieur reste dans le frigo et celui-ci finit par se nourrir de céréales. Son hygiène se dégrade. Ses vêtements sont sales et il ne se lave pas.

Ce n'est que plus tard que l'équipe obtiendra davantage d'informations sur son état. Dans son pays d'origine, Monsieur faisait de l'athlétisme et a notamment participé à une émission de télé-réalité. Il est ensuite arrivé en Belgique, où il a vécu un premier épisode de décompensation psychotique. La médication prescrit le fatigue énormément et cause un important tremblement des mains. En répondant à nos questions lors de l'entretien de préadmission, Monsieur n'avait certainement pas pris conscience de la dégradation de son état.

De l'avis unanime de l'équipe et à l'exception de deux résidents, les personnes accueillies dans le cadre du projet PARSaMe ne présentaient pas l'autonomie suffisante pour pouvoir intégrer un tel dispositif. La gestion des différents aspects de la vie quotidienne s'est vite révélée chronophage pour les assistantes sociales, qui se sont retrouvés seuls face à l'ampleur de la tâche. Bien loin de l'accompagnement social, ils-elles ont temporairement pallié ces besoins en cuisinant, en faisant les courses et la vaisselle, en nettoyant, ou encore en conduisant les résidents à leurs rendez-vous, ce qui a représenté une charge émotionnelle supplémentaire et non négligeable.

Par ailleurs, l'équipe avait imaginé pouvoir consacrer du temps à des activités ludiques, en permettant à chaque résident-e d'exercer l'activité de son choix. Par manque de temps et parce que la priorité était de permettre à ces personnes de vivre dignement dans leur logement, cela n'a pas été possible.

En réponse à ce constat, l'équipe du projet a alors décidé de s'adjoindre un service d'aides familiales. Trois résidents ont ainsi été épaulés dans leur vie quotidienne pour un nombre d'heures allant de 2 à 7 par semaine. Plus tardivement, un éducateur a été engagé suite au départ pour maladie d'une assistante sociale. Bien que le budget le permettait, la durée limitée du projet n'a pas permis l'engagement d'un-e deuxième éducateur-ice, comme souhaité.

Travailler l'autonomie demande patience, assiduité et persévérance. Il y a des progrès, mais également des retours en arrière. Malgré l'accent considérable mis sur ce travail et le renforcement de l'équipe, les évolutions constatées ont été minimales.

Lors de son arrivée dans le projet, l'assistante sociale de Monsieur I. constate qu'il ne sait pas cuisiner. S'il n'y a pas de repas préparés au frigo, il ne mange pas. Craignant tout appareil électrique en raison d'un traumatisme vécu au pays d'origine, Monsieur ne réchauffe pas non plus sa nourriture. Il est, par ailleurs, également incapable de se préparer un sandwich.

Le passage d'une aide familiale est rapidement organisé, à concurrence de 7h/semaine. En début de semaine, celle-ci accompagne Monsieur au supermarché afin de faire les courses. Lorsque Monsieur reçoit son allocation hebdomadaire, il la dépense en cigarettes et boissons énergisantes. Très rapidement, il apparaît nécessaire que l'assistante sociale remette, tous les lundis matin, l'allocation en mains propres à l'aide familiale en présence de Monsieur. L'aide familiale passe trois fois par semaine et cuisine pour les jours suivants. Très fréquemment, le vendredi, Monsieur mange les plats qui lui ont été préparés pour le week-end, ce qui nécessite un passage en urgence le samedi afin de lui apporter de quoi se nourrir. Jusqu'à sa sortie du projet, l'état de Monsieur évoluera peu sur ce point et se détériorera même dans les moments de crise.

LA NÉCESSAIRE COHABITATION

Les différents logements du projet imposaient nécessairement la cohabitation, puisque le projet ne comptait ni studio, ni appartement d'une chambre. Si chaque résident·e disposait d'une chambre individuelle, la salle de bain, le séjour ainsi que la cuisine constituaient des espaces communs à partager. Les proportions étaient toutefois moindres que dans des structures collectives, puisqu'il s'agissait, ici, de partager son lieu de vie avec une ou deux personnes.

Lors de l'entretien d'admission, ce point faisait l'objet d'une attention particulière de l'ensemble de l'équipe qui devait se représenter la vie commune entre deux personnes qui ne se connaissent pas et avaient toutes deux un lourd vécu. De manière assez logique, on aurait tendance à privilégier certains critères communs comme la maîtrise de la même langue, une même nationalité, ou encore une culture proche. La mise en œuvre du projet aura cependant démontré que ce réflexe n'était pas gage de réussite et que ce « matching » s'est avéré ardu, parfois impossible, surtout dans le cas de personnes en souffrance psychologique. Les conséquences d'une mésentente entre résident·es peuvent être considérables, allant d'une dégradation de l'état psychologique à des épisodes de crises, causant éventuellement des violences envers soi-même ou autrui.

En cours d'exécution du projet, l'équipe s'est rendu compte que certains résidents étaient incapables de vivre en collectivité. Deux résidents sont ainsi restés seuls dans l'appartement les accueillant, laissant deux places vides. Une de ces personnes avait initialement été accueillie dans la maison de 3 chambres et avait rapidement dû faire l'objet d'un transfert afin d'éviter des tensions pouvant mener à de la violence physique. Si une telle situation est malheureuse, elle est justifiée par des impératifs de sécurité et de bien-être des individus. À quoi bon accompagner quelqu'un souffrant d'un stress post-traumatique sévère si la présence d'un·e colocataire vient réduire à néant le travail pluridisciplinaire en cours ? En outre, chaque personne apprend à vivre avec sa maladie et développe pour ce faire certains mécanismes de défense, pouvant également causer des nuisances à l'autre colocataire. Il convient encore de souligner que dès lors qu'une femme était accueillie, la deuxième place du logement ne pouvait être occupée que par une autre femme.

Monsieur K. est admis en trajet B. Durant les premières semaines, il reste cloîtré dans sa chambre, dans le noir, comme ça avait été le cas pendant la majeure partie de son précédent séjour au sein d'une initiative locale d'accueil. Petit à petit, grâce au travail de son assistante sociale, il parvient à sortir progressivement de sa chambre. Cependant, dans les moments plus difficiles, Monsieur retourne se réfugier dans sa chambre et écoute la musique de son pays à fort volume. Couper cette musique ou entrer sans sa chambre serait la réaction première de tout colocataire, mais aurait pour effet d'aggraver la situation.

Du côté de la grande maison (3 chambres), l'expérience de la cohabitation s'est révélée, à certains égards, particulièrement positive. Bien que les résidents soient de nationalités différentes et ne partagent aucune langue commune, une grande solidarité s'est installée entre eux. Très régulièrement, ils se sontentraîdés, que ce soit pour aller chercher leur médication à la maison médicale, ou pour se rendre à un rendez-vous lorsque l'un d'eux n'en connaissait pas le chemin. Ils ont également parfois fait leurs courses ensemble ou partagé leur nourriture. Dans les bonnes nouvelles, comme la reconnaissance du statut de réfugié, ou dans les mauvaises, comme le refus dudit statut, ils se sont tous montrés, à leur manière, soutenant.

Les occupants de la grande maison étaient tous très peu autonomes, ce qui a justifié la mise en place d'aides familiales. À cet égard, la cohabitation a plutôt joué un rôle négatif, impactant de manière considérable le travail réalisé par l'aide familiale avec le résident pour lequel elle intervenait.

Les lundis matin, l'aide familiale de Monsieur I. l'accompagne au supermarché pour faire les courses de la semaine et prépare ses repas pour les jours suivants. Ces tâches sont l'occasion de travailler avec Monsieur, de lui donner des petits objectifs (par exemple, mettre les légumes au frigo, laver les casseroles) et d'avancer dans sa mise en autonomie. Cela est cependant quotidiennement mis à mal par l'état déplorable dans lequel se trouve la cuisine. Monsieur M. profite en effet du week-end pour inviter des amis. Ils cuisinent ensemble mais ne nettoient rien. Monsieur M. dissocie régulièrement, oublie les choses de telle sorte qu'il ne reconnaît pas que l'état de la cuisine lui est imputable. Si un travail est certes effectué avec Monsieur M, celui-ci s'est avéré lent et compliqué. Il a été difficile d'obtenir des améliorations sur l'état de la cuisine, ce qui a eu un impact négatif sur le travail réalisé avec son colocataire, Monsieur I.

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU-DELÀ DE L'ASILE

En raison de l'accompagnement social rapproché des résident-es, le projet avait prévu un nombre d'assistant-es sociaux-ales plus important que ce qui est habituellement prévu dans les normes d'accueil des personnes malades, à savoir un équivalent temps plein supplémentaire. Initialement, cet accompagnement avait été pensé presque exclusivement par rapport à la procédure de demande de protection internationale : préparation du récit d'asile en étroite collaboration avec les professionnel-les de la santé mentale, obtention des certificats médicaux, mise en lumière des besoins spécifiques du-de la demandeur-euse, rendez-vous avec l'avocat-e. À cette mission principale s'ajoutait la création d'un réseau autour des résident-es et la recherche d'activités visant à leur permettre de s'ouvrir vers l'extérieur et d'entretenir des relations sociales.

Préparer un-e demandeur-euse à sa procédure de demande de protection internationale impose comme préalable de disposer d'un dossier social en ordre et d'être en mesure de comprendre à quel stade de la procédure la personne se trouve. Bien que cela semble évident, la majorité des résident-es est arrivée sans dossier social et pour certain-es, sans annexe 26, ou attestation d'immatriculation. Une part importante du travail des assistant-es sociaux-ales a été de remettre en ordre administrativement la personne. Outre l'impact psychologique sur les résidents, les multiples transferts dont ils avaient antérieurement fait l'objet (de deux à quatre) ont également contribué à la perte d'informations les concernant. Les assistant-es ont alors dû reprendre contact avec les précédentes structures, tenter de recouper les informations afin de reconstituer un dossier social complet. Ce n'est qu'ensuite que le travail d'accompagnement et de préparation à la demande de protection internationale a pu prendre place.

Chaque semaine, les résident-es étaient reçu-es par leur assistant-e social-e. Ces rencontres étaient l'occasion d'expliquer la procédure de demande de protection internationale, les liens entre les différentes instances de l'asile et Fedasil, un courrier reçu de l'avocat-e ou encore certaines démarches en cours. Il n'était pas rare que le rendez-vous ait simplement pour objectif de répéter ce qui avait déjà été dit, dans l'unique but d'apaiser les angoisses de la personne.

Très rapidement, les résident-es ont sollicité leur assistante sociale pour d'autres sujets relevant de leur vie quotidienne et nécessitant de se voir à une fréquence plus importante qu'une fois par semaine. Les diverses demandes portaient sur la perte de leur carte de banque ou de leur annexe 26, le blocage de leur compte bancaire après un retrait infructueux, une amende quelconque, mais également des problèmes avec la justice. Cette charge de travail était particulièrement chronophage et est venue s'ajouter au travail, déjà important, sur l'asile.

Lors d'une sortie, Monsieur M., dont le comportement ne manque pas d'attirer l'attention des policiers, est contrôlé. En effet, il se balade avec un couteau dans la poche arrière de son pantalon. S'il n'est pas arrêté, il sera néanmoins convoqué pour s'expliquer devant un officier de police. De par son vécu, Monsieur M. craint la police. La moindre contrainte est susceptible de le faire dissocier, entraînant une mise en danger, à la fois de lui-même mais aussi des autres. Un important travail de préparation est réalisé par son assistante sociale, ainsi qu'une prise de contact avec la police locale afin de prévenir de l'extrême vulnérabilité de Monsieur. Lors de la convocation, il est entendu en compagnie de son assistante sociale, ainsi que de l'éducateur du projet. Monsieur y explique avoir acheté un couteau qui se replie afin que son colocataire ne puisse l'utiliser pour se mutiler.

Son assistante devra également s'occuper d'une sanction administrative provisoire, ainsi que de la résiliation d'un abonnement de téléphone conclu en ligne par Monsieur sans comprendre exactement ce à quoi il consentait.

Lors de sa visite chez Monsieur K., son assistante sociale se retrouve face à une porte défoncée sur laquelle un cadenas a été apposé. Les voisins l'informent d'une opération de police dans le courant de la nuit. L'appel au commissariat de quartier ne livre que peu d'informations et ne permet pas de savoir si Monsieur K. a fait l'objet d'une arrestation. Dans le courant de la journée, Monsieur K. finit par appeler son assistante sociale. Il n'a pas dormi chez lui la veille mais s'est présenté à son domicile. Il prétend que des effets personnels ont été saisis par la police et il souhaite les récupérer. Il se rend spontanément au commissariat de police où il est immédiatement arrêté et placé en détention. Il sera relâché le surlendemain sous conditions.

Un accompagnement particulier et extrêmement chronophage doit alors être mis en place par l'assistante sociale afin de permettre à Monsieur de respecter les obligations de sa libération conditionnelle. Ayant été torturé par la police dans son pays d'origine, Monsieur est sorti traumatisé de sa détention et craint chacun des entretiens avec son assistante de justice, ce qui requiert un travail de préparation supplémentaire.

Par ailleurs, la faible autonomie des résident-es a contraint les assistant-es sociaux-ales à sortir davantage du cadre de l'asile. Face à toutes les difficultés observées, il a été nécessaire d'envisager des procédures particulières visant à protéger ces personnes extrêmement vulnérables. Pour deux des résidents, en concertation avec les avocat-es et le corps médical, une demande de mise sous administration de biens et de la personne a été initiée. L'une de ces personnes a en outre introduit une demande de reconnaissance de handicap. Pour les travailleur-euses de la migration, ces procédures étaient méconnues et ont nécessité des recherches approfondies, associées à un travail en réseau.

Pour introduire les procédures énoncées ci-dessus et plus largement, l'ensemble des travailleur-euses du projet se réunissaient régulièrement pour discuter des résident-es. Ce travail de concertation s'est mis en place progressivement et a, à nouveau, représenté une charge de travail plus importante que prévu, mais indispensable. Des concertations avec les équipes du Petit-Bourgogne ou la maison médicale ont également été organisées. Dans ces cas, elles se limitaient à aborder la situation d'un-e seul-e des résident-es et permettaient de bénéficier de conseils sur la manière de travailler avec la personne en question, en tenant compte des éléments intrinsèques à sa pathologie.

Un dernier point mérite d'être souligné: la sortie des résident-es du projet. À la lecture de la fiche projet, la procédure semblait évidente. Dès lors que la personne est stabilisée et n'a plus besoin de l'accompagnement rapproché, elle est transférée vers une autre structure. Cela n'a pourtant jamais été le cas et cela aurait d'ailleurs été inenvisageable. La notion de stabilisation est un concept particulièrement flou, susceptible d'être ponctué de phases de régression et d'amélioration. L'état psychologique des résident-es nécessitait davantage qu'un accompagnement de quelques mois. La situation des deux résidents ayant obtenu la protection internationale est particulièrement illustrative. Pour ceux-ci, il a été nécessaire de faire des demandes de sursis à plusieurs reprises, prolongeant l'accueil jusqu'à plus de dix mois après la reconnaissance du statut de réfugié. Si l'un a finalement pu intégrer un logement sur le marché privé – non sans effort –, le second a finalement été réadmis à l'hôpital, en vue de lui permettre d'intégrer à terme une maison de soins psychiatriques. Sans le soutien du Petit-Bourgogne au sein duquel la personne a été hospitalisée à plusieurs reprises, nous ignorons où serait Monsieur à l'heure actuelle. Les listes d'attente pour de telles structures sont particulièrement longues. L'assistant social qui l'accompagnait avant cette dernière hospitalisation se voyait objecter que Monsieur n'était pas assez autonome pour intégrer un habitat protégé, tandis qu'on lui exposait l'inverse dans les maisons de soins psychiatriques.

L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ET PSYCHOLOGIQUE

À l'instar de ce qui a été mentionné au point précédent, le même constat doit être posé en ce qui concerne le suivi médical et psychologique. La majorité des personnes admises sont arrivées sans médication, sans ordonnance, voire parfois même sans fiche de traitement. C'est un euphémisme de dire que cela a été source d'angoisse pour les travailleur-euses du projet. Ceux-elles-ci ont dû faire preuve de créativité pour trouver des solutions en urgence. Il faut par ailleurs souligner que l'importante médication des résident-es était souvent peu disponible immédiatement en pharmacie. À supposer qu'elle l'eût été, encore aurait-il fallu que la pharmacie accepte d'avancer un tel traitement à un patient inconnu. Il a fallu rappeler les précédentes structures d'accueil pour exiger des ordonnances, afin d'éviter une rupture de traitement le temps que l'inscription en maison médicale soit effective.

Par ailleurs, dans la mise en œuvre du projet, il a été nécessaire de s'appuyer davantage sur les maisons médicales et les différents services proposés par celles-ci. L'ensemble des résident-es ayant des difficultés dans la prise de leur médication, il a parfois été nécessaire de prévoir des passages infirmiers à domicile, ou un système de délivrance quotidienne, soit via la pharmacie, soit via la maison médicale.

Concernant la prise en charge psychologique, Tabane avait été désigné comme partenaire privilégié, en raison de sa grande expérience en ethnopsychiatrie. Malgré une importante détresse psychologique, nous avons constaté que certaines personnes arrivaient dans le projet sans aucun suivi psychologique ou psychiatrique antérieur. C'est particulièrement étonnant, dès lors que certaines avaient fait l'objet d'une procédure de mise en observation et étaient ensuite retournées en structure collective. Dans ces situations où il n'y avait aucun suivi en cours, les personnes ont été prise en charge par Tabane. Deux résidents étaient déjà suivis depuis un certain temps par des psychologues du Centre des immigrés Namur-Luxembourg. Il n'y aurait eu aucune plus-value thérapeutique à mettre fin à cet accompagnement pour les rediriger vers Tabane. Celui-ci a donc été maintenu.

Comme l'accompagnement social, l'accompagnement en santé mentale a représenté une charge de travail plus importante que prévue pour le dispositif Tabane. La psychologue du projet a été fortement sollicitée par les assistant-es sociaux-ales pour des questions individuelles, ou des conseils sur la manière d'interagir avec le-la résident-e. À cela s'est ajouté un grand travail administratif pour rédiger les attestations nécessaires dans le cadre de la procédure, mais aussi pour les autres procédures évoquées ci-dessus.

Dans les autres missions incombant à Tabane figurait l'organisation de supervisions et le soutien des autres professionnel-les du projet, moins outillé-es en matière de santé mentale. Cela n'a malheureusement pas pu avoir lieu, essentiellement par manque de temps. En revanche, à plusieurs reprises, nous avons fait appel à CONCERTO⁶, une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans l'accompagnement des professionnel-les qui travaillent avec des personnes en souffrance psychologique. Leur apport a été précieux et a permis de guider l'équipe lorsqu'elle était confrontée à des situations difficiles. Sans aucun doute, le fait qu'ils soient des intervenant-es au projet, moins impliqués émotionnellement, a permis d'apporter un éclairage différent et nécessaire.

Lorsqu'il dissocie fortement et qu'il ne parvient pas à calmer la crise, Monsieur M. se met en danger. Dans les cas les plus graves, il lui est arrivé de se jeter sur la voie publique, ou d'inviter des automobilistes à l'écraser. La vie en autonomie au sein de la maison pose de sérieux problèmes. Ainsi, Monsieur ne nettoie pas après avoir cuisiné, il ne se lave pas et invite régulièrement ses amis. L'équipe s'interroge également sur une éventuelle consommation de produits stupéfiants. Le rappel au règlement d'ordre intérieur fait par son assistante sociale a malheureusement renvoyé Monsieur à son vécu, causant une importante dissociation, à la suite de laquelle il jeté la table du salon sur son assistante.

Au vu de l'état de Monsieur, après de longues concertations, il est finalement décidé de demander un transfert vers une place plus adaptée. Comment lui annoncer la fin de l'accueil à PARSaMe sans le mettre en danger et sans risquer l'intégrité physique des membres de l'équipe ? Pour répondre à cette question et travailler la sortie du projet de Monsieur, CONCERTO s'est réuni à plusieurs reprises avec l'équipe.

L'arrêt du projet a mis fin à cette démarche, rendant la sortie de Monsieur plus simple.

⁶ <https://www.isosl.be/mentalhealth/mhs.aspx?id=2a5f7d05-294c-4aec-b84d-0d710058b71c>

LA PRISE EN CHARGE DES ASSUÉTUDES

Si une personne présentait des assuétudes, elle ne pouvait intégrer le projet. En effet, les assuétudes figuraient parmi les critères d'exclusion. En pratique cependant, cela n'était pas si limpide.

Nous avons reçu une majorité de dossiers où les personnes présentaient à la fois des troubles psychologiques et des assuétudes. C'est ainsi que nous avons fini par accueillir une personne souffrant d'alcoolisme. Cela a nécessité une certaine flexibilité de la part des équipes qui ont dû sortir du cadre du projet pour trouver d'autres acteur·ices, spécialisé·es dans la prise en charge des assuétudes. Bien entendu, cela présupposait que la personne reconnaisse son addiction et soit en demande d'aide sur ce point. Tous les autres dossiers où il était question d'addiction sans que la personne ne reconnaisse ce problème ont été refusés.

Au fur et à mesure de l'accompagnement des résident·es, nous nous sommes rendus compte que certain·es résident·es souffraient de dépendance, alors que ce point n'avait jamais fait l'objet d'une discussion en réunion d'admission, ou d'une note dans le rapport d'admission. Qu'il s'agisse d'alcool, de drogue, ou de médicaments, tou·tes présentaient une forme de dépendance dont il était extrêmement difficile de parler. Dans un premier temps, les résident·es ont nié et caché leur consommation. Un travail de discussion et de sensibilisation a néanmoins pu être enclenché avec l'un d'entre eux.

Enfin, si la prise en charge individuelle des addictions a été complexe pour les travailleur·euses du projet, il a également fallu prendre en compte la dimension collective et l'impact que cela pouvait avoir sur les autres colocataires, souffrant, eux·elles aussi, d'assuétudes.

Monsieur B. consomme régulièrement de la marijuana. Nulle part dans son dossier il n'en est fait état. Une fois admis dans le projet, Monsieur n'en parle pas et nous ne constatons rien de particulier. L'information parvient à l'équipe via le colocataire de Monsieur, qui en parle avec son aide familiale. Ancien consommateur, il est difficile pour lui de rester en compagnie de Monsieur B. lorsque celui-ci consomme.

La demande de Monsieur B. en arrivant à PARSaMe était de réduire sa médication, afin de limiter ses tremblements aux mains. Ce travail est progressivement mis en place au fil des séances avec son psychiatre. Cependant, au fur et à mesure de la diminution des antipsychotiques, la consommation de Monsieur B. augmente de telle sorte que cela met à mal le travail thérapeutique entamé.

LE NON-RENOUVELLEMENT DU PROJET

Arrivant en fin de programmation AMIF, la prolongation du projet PARSaMe était de facto impossible. Pour poursuivre l'accueil des demandeur-euses en souffrance psychologique, il était nécessaire de soumettre à nouveau le projet, en espérant que les nouvelles thématiques le permettent, et de passer l'étape de la sélection. Les réflexions menées en interne tout au long de la réalisation du projet avaient déjà permis de réajuster et convaincu la majorité des partenaires de s'engager au-delà du 31 mai. Cependant, en raison de retards importants au niveau européen, la publication de la nouvelle programmation AMIF n'est pas intervenue avant la date de clôture du projet. Les discussions que nous avons eues avec l'Agence n'ont pas permis d'obtenir des garanties suffisantes permettant de maintenir le projet entre les deux programmations, avec la certitude qu'il puisse ensuite être prolongé.

Fin du mois d'avril, l'équipe a donc dû prendre la décision de clôturer le projet comme initialement prévu au 31 mai 2022. Il restait alors à peine un mois pour organiser dignement la sortie des trois résidents restants. Ayant connu des transferts chaotiques contraignant l'équipe du projet à improviser, il était impensable de reproduire un tel schéma. Il était primordial d'obtenir rapidement les nouvelles désignations afin d'organiser le transfert des résidents dans des conditions décentes, portant le moins possible préjudice à leur état de santé mentale. Du temps est en effet nécessaire pour informer le résident (tout en étant conscient du caractère déstabilisant de ces circonstances particulières), préparer son dossier social et médical, assurer le lien entre les équipes, garantir qu'il n'y ait aucune interruption dans la médication, préparer les valises, etc.

Sans retour de Fedasil pendant les premières semaines de mai et malgré de nombreuses sollicitations, l'équipe s'est retrouvée impuissante face aux nombreuses interrogations et craintes des résidents. Dans le courant de la dernière semaine du projet, l'Agence a partagé nos points d'attention dans le cadre des transferts des résidents. En raison de la création d'un réseau de professionnel·les autour de chaque résident (psychologue et psychiatre, travailleur-euses sociaux-ales, avocat-es), la nouvelle place désignée devait se trouver sur Liège, pour ne pas détricoter ce qui avait été mis en place durant de longs mois. Les avocat-es des résidents nous avaient d'ailleurs informé-es de leurs intentions d'introduire des requêtes unilatérales auprès du Tribunal du Travail en cas de désignation ne respectant pas ce critère géographique.

Malgré notre insistance, les transferts ont eu lieu tardivement, la dernière désignation ayant été communiquée dans la matinée du 31 mai. De l'avis unanime des travailleur-euses, la manière dont la clôture du projet s'est faite témoigne d'un manque de considération et d'une indifférence totale de la part de Fedasil envers les bénéficiaires et les travailleur-euses.

Enfin, il convient de relever qu'aucun des transferts n'a eu lieu vers une place adaptée. Le premier transfert a été motivé par des raisons disciplinaires, ce qui a contraint Fedasil à désigner immédiatement une nouvelle place. Quant aux deux autres transferts, s'ils ont respecté le critère géographique, ils ont renvoyé vers des centres collectifs de grande capacité dont nous savions qu'ils n'étaient nullement outillés pour accueillir de tels résidents.

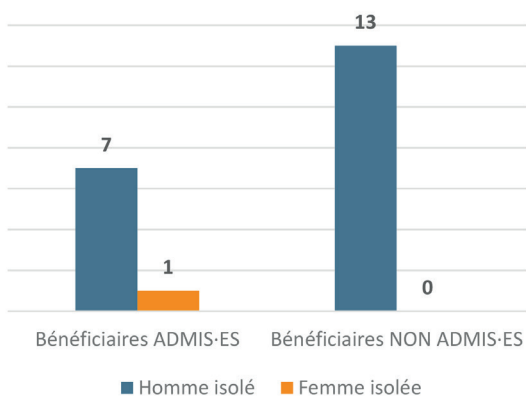
Au début du mois de mai, l'assistante sociale de Monsieur Y. et la coordinatrice du projet le reçoivent pour lui annoncer l'arrêt du projet. À cette occasion, Monsieur Y. fait part de son souhait d'arrêter la formation qu'il avait entamée. À plusieurs reprises, suite à des absences injustifiées, il a été rappelé à l'ordre. Monsieur maintient que cela n'a rien à voir avec sa volonté d'y mettre fin et précise qu'il souhaite se concentrer sur l'arrêt de sa consommation d'alcool.

Dans les jours qui suivent, son assistante sociale observe un changement d'attitude et note une certaine agressivité associée à une vulgarité qu'elle ne lui connaît pas. Malgré des demandes répétées, l'éducateur du projet n'arrive plus à entrer en lien avec Monsieur, ni à le visiter dans son logement. Monsieur profère soudainement des menaces de mort à l'encontre de la coordinatrice, menaces qui débouchent sur une procédure de mise en observation déclenchée par la psychiatre. Monsieur accepte l'hospitalisation mais est, entre temps, transféré pour raisons disciplinaires vers une initiative locale d'accueil.

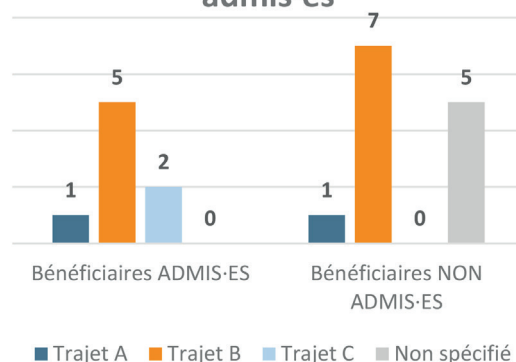
DONNÉES CHIFFRÉES

Initialement prévu pour une durée de 27 mois (de mars 2020 à juin 2022), le projet a vu son démarrage reporté en raison de la pandémie du coronavirus, rendant plus difficile la recherche de logements sur le marché privé. L'accueil des premier·ères résident·es n'a pu commencer qu'à partir du 15/10/2020 et il aura fallu attendre fin novembre pour que la première résidente soit accueillie. Au total, ce sont 21 demandes qui ont été adressées au projet via la Région Sud de Fedasil et 8 personnes qui ont été admises.

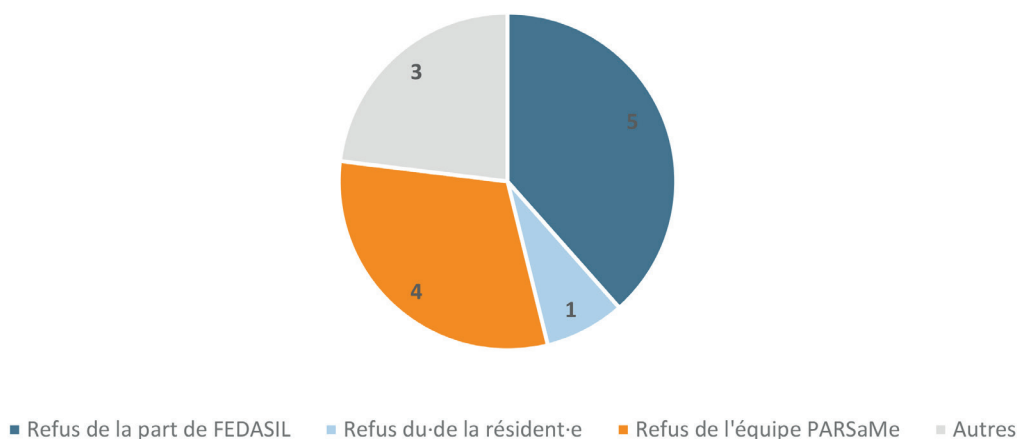
Genre des demandeur·euses pour lesquelles une demande a été adressée à PARSaMe



Trajet d'accueil des bénéficiaires admis·es et trajet envisagé pour les demandeur·euses non admis·es



Motifs des refus d'admission

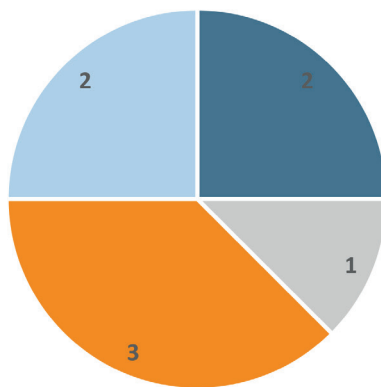


Après avoir introduit une demande d'admission pour le projet PARSaMe, Fedasil a parfois ultérieurement retiré la demande. Parmi les motifs, ont été invoqués la stabilisation de la personne, rendant à nouveau possible l'accueil en structure collective, ou la longueur de l'hospitalisation. Ce deuxième motif n'a pas été compris par l'équipe du projet, puisque l'objectif du trajet C était précisément de fournir un accompagnement social aux demandeur-euses hospitalisé-es à moyen ou long terme et de soutenir le personnel médical, en apportant l'expertise des professionnel-le-s de l'asile et de la migration.

Du côté de l'équipe du projet, les refus ont généralement été justifiés par un dossier incomplet (absence de formulaire d'admission ou de dossier médical, informations insuffisantes, manque d'éléments pour étayer l'état de la personne), ou par l'état non stabilisé de la personne, qui ne souhaitait pas entrer dans le projet par une première phase d'hospitalisation.

Monsieur T. introduit une demande de protection internationale au début de l'année 2018. Il fait l'objet de quatre transferts disciplinaires jusqu'à son exclusion du réseau d'accueil en février 2020. Il est alors accueilli dans une structure pour sans-abris en Région bruxelloise. En mai 2020, Monsieur T. entame un suivi psychologique et psychiatrique auprès de Médecins sans Frontières et fait l'objet d'une hospitalisation de deux mois. Son avocat parvient à faire lever l'exclusion et il réintègre le réseau d'accueil en mai 2021. Une première demande d'admission est adressée au projet. Celle-ci est ensuite retirée au motif que l'état de santé de Monsieur est stabilisé et que cela se passe bien au sein du centre collectif qui lui a été désigné. Cependant, quelques semaines plus tard, une nouvelle demande concernant cette même personne nous est adressée. L'état de Monsieur s'est dégradé et il s'est montré violent avec son assistante sociale. Le centre souhaite l'exclure mais Monsieur sera finalement accueilli au Petit-Château dans l'attente d'une rencontre avec l'équipe du projet. Son état s'est évidemment dégradé et ne permet plus une admission en trajet B tel que souhaité par Monsieur.

Sortie des bénéficiaires admis-es dans le projet



- Reconnaissance du statut de réfugié-e
- Transfert vers une place adaptée
- Transfert disciplinaire
- Clôture du projet

Les deux résidents à qui la Belgique avait reconnu la protection internationale avaient préalablement été reconnus réfugiés en Grèce. Les efforts conjoints de leur psychologue et de leur assistante sociale, en étroite collaboration avec leurs avocates, ont permis de réunir les preuves nécessaires et de construire un dossier suffisamment solide et crédible aux yeux des autorités. Petit à petit, elles ont réussi à faire émerger les éléments indispensables à leur procédure et pourtant si douloureux à raconter. Elles les ont accompagnés afin qu'ils se sentent suffisamment en sécurité pour livrer leur récit au Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides.

Parmi les trois transferts vers une place adaptée se trouvent les deux personnes admises en trajet C et pour lesquelles l'accueil en logement individuel était impossible, compte tenu de leur faible degré d'autonomie. S'ajoute à ceux-ci la seule femme accueillie dans le projet, dont l'état de santé nécessitait une présence plus importante. Une quatrième personne devait normalement faire l'objet d'un transfert, mais elle a finalement été comptabilisée dans le nombre des personnes transférées en raison de la clôture du projet.

Le seul transfert disciplinaire ayant eu lieu doit être nuancé et mis en lien avec la clôture du projet, cet événement soudain ayant, sans équivoque, contribué à la détérioration de l'état de santé du résident.

ÉVOLUTION DES RESSOURCES HUMAINES

En un peu moins de deux années d'existence, le projet PARSaMe a connu un certain nombre de changements en ce qui concerne ses travailleur-euses. Tout d'abord, la coordination du projet, assurée par un travailleur du CIRÉ, a changé en juin 2021. Ensuite, en septembre 2021, l'assistante sociale d'APD est partie en congé de maladie et n'est pas revenue. Elle a été remplacée par une assistante sociale à mi-temps qui a souhaité mettre fin à son contrat après deux mois. En janvier 2022, le projet a accueilli un nouvel assistant social, toujours à mi-temps, qui restera en fonction jusqu'à la clôture du projet. Au démarrage, 1,5 ETP avait été prévu pour le travail social, ce temps a ensuite été réduit à 1 ETP. La répartition du travail entre les travailleur-euses a également dû être réajustée. Il avait initialement été convenu que l'assistante sociale d'APD temps plein s'occupe des personnes accueillies en place individuelle, tandis que les assistantes de CAP migrants accompagneraient les personnes hospitalisées. Cela s'est vite avéré inefficace en pratique. L'accompagnement des résident-es était en effet plus chronophage que prévu en raison de leur faible autonomie et les places en trajet C sont restées sous-utilisées par l'Agence. Les différents dossiers sociaux ont ainsi été répartis entre les travailleur-euses.

Très rapidement, il est apparu qu'il manquait encore un-e intervenant-e. Nous avons longtemps hésité entre l'engagement d'un-e infirmier-ère psychiatrique, ou d'un-e éducateur-trice. Les résident-es ayant été inscrites en maison médicale et des infirmier-ères passant à domicile, il a été décidé d'opter plutôt pour un éducateur-trice, ce que nous permettait le budget. Un premier éducateur est ainsi entré en fonction le 20/10/21 en 4/5 ETP. Une deuxième personne a été engagée à mi-temps au début de l'année 2022, mais n'est restée que quelques semaines. Malgré un budget disponible, il n'a plus été possible de la remplacer en raison de la courte durée du contrat proposé.

FORCES ET FAIBLESSES DU PROJET

Dans les semaines qui ont suivi la fin du projet, les différents partenaires ont été rencontrés individuellement par la coordination. L'objectif était de débriefer le projet et de récolter leurs avis pour mettre en lumière les forces d'une telle initiative, mais aussi soulever ses faiblesses. Si des constats et des enseignements avaient déjà pu être posés en cours d'exécution du projet, l'objectif était d'avoir un retour plus global en dehors de la pression et du stress inhérents au projet.

Il convient de soulever que PARSaMe a permis la mobilisation de toute une série d'acteur-ices issues de structures différentes, avec des champs d'expertise différents. Ces partenaires se sont rassemblés pour répondre collectivement à un besoin identifié : l'absence de prise en charge des personnes en souffrance mentale dans les centres collectifs pour DPI. Autour de chaque résident-e, un réseau composé de professionnel-les de la migration et de la santé mentale a été tissé, avec pour ambition qu'il perdure et soit maintenu une fois la personne sortie du projet. Trop fréquemment, les demandeur-euses de protection sont contraint-es de changer de psychologue ou de psychiatre en cas de transfert d'une structure à une autre et tout est alors à reconstruire. Pourtant, nous savons qu'une prise en charge adéquate ne peut se faire que dans la durée et que la création d'un lien de confiance est particulièrement importante. Nous saluons d'ailleurs le fait que, malgré l'arrêt brutal du projet, trois des quatre résidents ont maintenu, à des degrés divers, un lien avec leur réseau de soins.

Eu égard aux profils des bénéficiaires et à la multitude des intervenant-es, il a fréquemment été nécessaire d'organiser des concertations. L'objectif de ces rencontres portait tantôt sur le partage d'informations (par exemple, un feedback de l'équipe médicale suite à une hospitalisation et des conseils aux travailleur-euses sociaux-ales vu la pathologie de la personne), tantôt sur la répartition des rôles dans la mise en œuvre d'un projet (par exemple, pour une mise sous administration de biens ou l'introduction d'un dossier pour un habitat partagé). Ces rencontres pouvaient avoir lieu en présence de la personne concernée, ou pas. Si ces concertations s'avèrent chronophages, elles sont indispensables quand il s'agit d'un public aussi vulnérable et mettent en lumière la richesse et la complémentarité du travail multidisciplinaire. Les professionnel-les de la santé mentale étaient, par ailleurs, impressionné-es de voir que les concertations organisées à l'hôpital rassemblaient beaucoup de personnes autour d'un-e même patient-e.

Un autre point qui mérite d'être souligné concerne le cadre et les règles appliquées au sein de l'hébergement. Une application stricte du règlement d'ordre intérieur aurait sans conteste mené à des transferts disciplinaires et n'aurait eu pour effet que de perpétuer la pratique trop fréquente au sein de l'Agence, consistant à sanctionner plutôt qu'à prendre en charge adéquatement. Cela ne veut évidemment pas dire qu'aucun cadre et qu'aucune règle n'était appliqués, mais le cadre était plus souple et prenait en compte les vulnérabilités propres à chaque résident-e.

Nous avons identifié des faiblesses propres au projet et des faiblesses externes, ne dépendant pas de notre volonté. Nous avons constaté que le projet était peu compréhensible pour les personnes extérieures en raison de la multitude des intervenant-es. À cela s'est ajoutée la difficulté de collaboration entre des associations avec des fonctionnements internes différents et des travailleur-euses aux temps de travail différents. D'autre part, la collaboration avec le secteur de la santé mentale n'a pas toujours été évidente, même si cela s'est amélioré avec notre partenaire ISOSL en fin de projet. Très fréquemment, les travailleur-euses de l'équipe se sont retrouvées en insécurité dans l'exercice de leurs fonctions, en raison d'un manque de clés de compréhension des pathologies de nos résident-es. Enfin, comme nous l'avons souligné, le trajet C a été très peu mobilisé par Fedasil. Ce trajet était très particulier en raison du fait que la personne restait désignée à sa structure d'accueil initiale. Une hospitalisation de plusieurs semaines était parfois nécessaire pour déterminer si la personne était suffisamment autonome pour intégrer le logement. Le personnel hospitalier était très demandeur du soutien de PARSaMe, tandis que nos équipes étaient mal à l'aise d'entamer un suivi social pouvant potentiellement prendre fin à la sortie du résident. La place des travailleur-euses sociaux-ales était très délicate.

RECOMMANDATIONS

Le projet PARSaMe a mis en lumière l'importance de proposer un accompagnement adéquat et rapproché aux DPI en souffrance psychologique. Au même titre que les autres demandeur·euses de protection, ces personnes bénéficient de l'aide matérielle de l'Agence et il est dès lors de sa responsabilité de leur fournir un accueil adapté leur permettant de mener une vie digne.

Nier l'existence de ces demandeur·euses en souffrance psychologique et psychiatrique dans le réseau d'accueil et dès lors ne pas leur fournir une prise en charge adéquate constitue une atteinte à leurs droits fondamentaux. La place de ces personnes n'est pas dans des structures collectives de moyenne et grande capacité, bien que ce soit le modèle privilégié par l'Agence. Nous l'avons vu, s'évertuer à maintenir ces personnes dans le collectif ne fera qu'engendrer transfert sur transfert, détériorant au passage leur état de santé mentale et risquant de les éloigner d'un éventuel trajet de soin. L'accueil de ces personnes en structure collective porte également atteinte aux droits des autres demandeur·euses contraint·es de vivre en collectivité avec eux·elles, ainsi qu'au bien-être des collaborateur·rices des structures, démunies et peu outillé·es pour accompagner de tels profils.

Il est nécessaire d'accueillir ces personnes dans des petites structures et de mettre en place un accompagnement spécifique, ce qui requiert un nombre plus important d'intervenant·es psycho-médico-sociaux·ales. PARSaMe a mis en exergue l'importance de travailler en étroite collaboration avec les hôpitaux psychiatriques, les centres de santé mentale et les maisons médicales et de consacrer du temps au partage d'informations lors de concertations. Par ailleurs, si l'on veut qu'une hospitalisation se passe le mieux possible, il est indispensable que l'unité puisse être soutenue et épaulée par la structure du·de la demandeur·euse. Sans interprétariat, sans connaissances en migration, le personnel médical est en effet beaucoup plus réticent à accueillir la personne.

De manière générale, indépendamment de la création d'une structure spécialisée pour ces demandeur·euses de protection, il est crucial que l'Agence investisse dans une meilleure formation de l'ensemble de ses collaborateur·rices en matière de santé mentale. Très fréquemment, ces profils extrêmement vulnérables ne sont pas rapidement identifiés et la situation se détériore jusqu'à ce qu'un incident se produise. Une meilleure détection permettrait d'accueillir plus rapidement la personne dans une structure adaptée. Les transferts doivent également faire l'objet d'une attention particulière afin de porter le moins possible atteinte à la prise en charge du·de la résident·e et que toutes les informations puissent être communiquées à la nouvelle structure.

PARSaMe a tenté de proposer une solution innovante en matière d'accueil des personnes avec des problèmes de santé mentale. Si le projet n'a pu se poursuivre, nous espérons que l'expérience acquise et les recommandations fournies pourront conduire à une meilleure prise en charge de ces personnes à l'avenir.

CONCLUSION

Durant de nombreux mois, PARSaMe a vécu et grandi au rythme des résident-es, de leurs angoisses, de leurs peurs, mais aussi de leurs victoires quotidiennes. Nous restons convaincu-es de la pertinence d'un tel projet. Nous regrettons de ne pas avoir pu le poursuivre et l'enrichir de l'expérience passée. Les profils des personnes envoyées dans ce projet n'étaient, à notre sens, pas adéquats, ce qui a rendu la mise en œuvre du projet parfois très compliquée. Les résident-es accueilli-es étaient tellement malades et en souffrance qu'ils-elles nécessitaient avant tout une prise en charge organisée par les professionnel·les de la santé mentale, les aspects médicaux et de santé mentale étaient en effet prédominants par rapport à ceux de la migration et l'exil.

En définitive, l'expérience PARSaMe révèle que le dispositif n'était pas adéquat pour les profils qui ont été désignés par Fedasil. Ceux-ci relevaient du domaine de la psychiatrie et étaient trop lourds pour la structure proposée. En revanche, nous sommes convaincu-es qu'un tel dispositif reste nécessaire pour des demandeur-euses en souffrance psychologique moins sévère et plus autonomes.



Coordination et Initiatives pour Réfugié·es et Étranger·ères

Créé en 1954, le CIRÉ est une structure de coordination pluraliste réunissant des organisations aussi diversifiées que des services sociaux d'aide aux demandeur·euses d'asile, des organisations syndicales, des services d'éducation permanente et des organisations internationales. L'objectif poursuivi est de réfléchir et d'agir de façon concertée sur des questions liées à la problématique des demandeur·euses d'asile, des réfugié·es et des étranger·ères.

CIRÉ asbl

rue du Vivier, 80-82 | B-1050 Bruxelles

t +32 2 629 77 10 | f +32 2 629 77 33

cire.be - cire@cire.be

 Votre soutien compte ! Faites ^{un} don

IBAN : BE91 7865 8774 1976 - BIC : GKCCBEBB

Les organisations membres

Aide aux personnes déplacées (APD)	FGTB Bruxelles
Amnesty international	Interrégionale wallonne FGTB
Association pour le droit des étrangers (ADDE)	Jesuit refugee service – Belgium (JRS)
BePax	Médecins du Monde
Cap migrants	Mentor-escal
Caritas international	Mentor Jeunes
Centre d'éducation populaire André Genot (CEPAG)	Mouvement contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie (MRAX)
Centre social protestant	Mouvement ouvrier chrétien (MOC)
Centre des Immigrés Namur-Luxembourg (CINL)	L'Olivier 1996
Convivium	Le monde des possibles
Croix-Rouge francophone de Belgique (département accueil des demandeurs d'asile)	Présence et action culturelles (PAC)
CSC Bruxelles-Hal-Vilvorde	Point d'appui
CSC Nationale	Service social de Solidarité socialiste (SESO)
DisCRI asbl	Service social juif (SSJ)
Équipes populaires	Union des Progressistes Juifs de Belgique (UPJB)